DE N° 147.

LA PÉRITONITE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 juillet 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JEAN-MARIE GUIZOUARN, de Plonévez-Porzay,

Département du Finistère.

A PARIS.

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonnne, n. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	LEROUX, *Examinateur.* / FOUQUIER, *Examinateur.* / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX, *Suppléant.*
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois, *Examinateur.*
Bayle.	Gerdy.
Bérard.	Gibert.
Blandin.	Hatin, *Examinateur.*
Bouillaud.	Lisfranc.
Bouvier.	Martin Solon.
Briquet.	Piorry.
Brongniart.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras, *Suppléant.*
Danck.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.
Dubled.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Respect, amour, reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS.

Union, amitié.

J.-M. GUIZOUARN.

DE

LA PÉRITONITE AIGUË.

Caractères anatomiques.

Dirons-nous que le péritoine n'est pas susceptible d'inflammation, et que ceux qui ont avancé l'opinion contraire ont été induits en erreur par la transparence et la ténuité de cette membrane, qui, en vertu de cette double qualité, laissait voir comme à nu un grand nombre de vaisseaux capillaires sanguins engorgés, tandis que ces vaisseaux appartenaient au tissu cellulaire sous-séreux, et ne pénétraient nullement à travers la tunique péritonéale? Il y aurait de l'exagération dans cette doctrine ; car il est certain que les membranes séreuses renferment beaucoup de vaisseaux blancs et quelques vaisseaux rouges extrêmement déliés, qui, les uns et les autres, deviennent visibles par l'injection et par l'inflammation. « Lorsque l'inflammation s'empare d'une membrane séreuse, elle devient vasculaire « d'abord dans son tissu cellulaire extérieur, puis, à la longue, dans « son épaisseur même. » (*Béclard*, Anatom. gén., § 195.) D'après cette dernière opinion, que je crois fondée sur l'expérience, la péritonite serait en réalité une inflammation plus encore du tissu cellulaire sous-

péritonéal que du péritoine même : au reste, cette distinction n'intéresse point le fond des choses. En effet, le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans les endroits où il est mince et dépourvu de graisse, semble se confondre, et par son voisinage et par sa texture, avec le péritoine lui-même, en sorte que l'on pourrait, jusqu'à un certain point, les regarder comme une seule et même membrane. Ainsi, nous appelons *péritonite* une inflammation bornée au tissu cellulaire membraniforme qui enveloppe le péritoine, ou pénétrant jusque dans le péritoine même. « D'abord, les symptômes de la plupart des affec-
« tions du tissu cellulaire sous-péritonéal se confondent avec les ma-
« ladies du péritoine même; en second lieu, les recherches récentes
« de MM. *Ribes* et *Gendrin* tendent à faire admettre qu'il y a peu de
« différence, sous le rapport de la texture, entre le péritoine pro-
« prement dit et le tissu cellulaire qui lui est sub-jacent, et que c'est
« sous ce tissu cellulaire que se passent un grand nombre de phéno-
« mènes physiologiques ou pathologiques dont on place ordinaire-
« ment le siége exclusif dans la lame mince appelée *Péritoine.* »
(Andral, Clin. méd., t. 4, p. 670.)

Quand l'injection inflammatoire est parvenue à un certain degré, le péritoine est parsemé d'un nombre infini de petits points rouges tellement rapprochés que la coloration semble continue; ses villosités sont plus apparentes; il s'épaissit et devient plus ou moins opaque. Cet épaississement a le plus souvent lieu dans le tissu lamineux juxtaposé. On a même nié l'épaississement des membranes séreuses : quoi qu'il en soit, on ne confondra pas l'épaississement réel ou par intussusception avec l'épaississement apparent ou par juxtaposition résultant de l'adhésion des fausses membranes. Enfin le péritoine peut être frappé de gangrène : l'endroit gangréné est noir, pultacé, fétide. Il est remarquable que deux points contigus peuvent se gangréner à l'exclusion de l'espace intermédiaire. Peut-être, avec un peu d'imagination, trouverait-on sur le péritoine plusieurs des formes inflammatoires que l'on observe sur la peau. Tantôt la péritonite est en nappe, comme l'érysipèle, la rougeole, etc.; tantôt elle se montre

par plaques plus ou moins distinctes. On a vu quelquefois des points circonscrits du péritoine soulevés par la sérosité ; et ces ulcérations, succédant à des tubercules, n'ont-elles pas quelque ressemblance avec les éruptions pustuleuses? Ajoutez à cela les taches, les ecchymoses de forme et de couleur variées. On trouve aussi sous le péritoine des granulations miliaires incolores ; celles de même apparence, fixées sur la surface interne, semblent dues à la précipitation de l'albumine tenue en suspension au milieu des liquides exhalés, ou à sa déposition immédiate sur le tissu même qui l'a fournie.

En effet, la péritonite produit diverses altérations de sécrétions, à moins qu'elle n'ait duré que peu de temps; cas dans lequel on peut ne trouver après la mort ni matériaux sécrétés, ni même injection capillaires. La sécrétion morbide est, selon les circonstances, séreuse, séro-albumineuse, de couleur citrine ou verdâtre, ou même sanguinolente, ce qui est rare, lactescente, séro-purulente, et enfin purulente sans mélange de sérum. D'autres fois l'inflammation est plastique : une matière glutineuse se répand par gouttelettes sur la surface polie du péritoine; ces gouttelettes se multiplient, s'entassent, s'accollent, composent des réseaux, des membranes ténues ou compactes, déterminent l'agglutination des viscères entr'eux et avec les parois abdominales ; se présentent sous la forme d'appendices libres par un des bouts, ou de brides adhérentes par les deux extrémités ; se changent en tissu cellulaire, qui d'abord se vascularise du centre à la circonférence, qui plus tard communique avec les vaisseaux de la membrane mère et paraît susceptible de résorption ; enfin, quand la péritonite a été violente et qu'elle s'est prolongée, il n'est pas rare de trouver à la fois injections capillaires, infiltrations ou exhalations séreuses, plastiques, purulentes, etc.

Quoique l'inflammation s'étende avec facilité sur les membranes séreuses, elle n'est pas toujours également marquée sur tous les points. Celui par où elle a commencé offre ordinairement des traces plus profondes. On a même vu des péritonites violentes se renfermer dans d'étroites limites et y donner lieu aux plus graves désordres,

sans se propager au-delà par continuité de tissu. N'observe-t-on pas cette même variété sur la peau et sur les membranes muqueuses ? Tantôt l'inflammation est circonscrite, étendue en profondeur, comme le phlegmon ; tantôt elle est diffuse, étendue en superficie, comme l'érysipèle ; d'autres fois elle présente ces deux formes réunies. Qu'une contusion locale produise un phlegmon, qu'une hernie étranglée détermine l'inflammation circonscrite des trois tuniques de l'intestin, qu'un liquide irritant dispersé sur le péritoine fasse naître une péritonite diffuse, rien de plus facile à comprendre ; mais souvent l'étiologie est nulle ou incomplète. Quant à la péritonite générale, si commune chez les nouvelles accouchées, *Jonhston* en expose la théorie d'une manière ingénieuse : « Comme la membrane qui revêt la ma-« trice a perdu de sa force, distendue qu'elle a été outre mesure « pendant la grossesse ; et comme, à raison de sa situation, le sang « s'y accumule davantage par la constriction des vaisseaux utérins, « l'inflammation s'y produira. Mais par là même que cette membrane « est une continuation du péritoine, la phlegmasie gagne rapidement « les autres portions de ce dernier, principalement celles qui couvrent « les intestins, d'abord les plus voisines, ensuite l'abdomen tout en-« tier. » (Dissert. méd. inaug. *de Feb. puerp.*)

Les diverses lésions anatomiques dont nous venons de parler avaient été observées plus ou moins exactement sur le cadavre, surtout à la suite des couches, long-temps avant qu'on sût les apprécier à leur juste valeur. Les uns les attribuèrent, dans ce dernier cas, à une métastase laiteuse, sans tenir pour ainsi dire compte de l'inflammation, qu'ils auraient bien pu admettre sans renoncer à leur hypothèse chérie ; les autres virent l'inflammation du péritoine, mais déduisant une conclusion générale de certains faits particuliers, ils la combinèrent avec celle des membranes sous-jacentes, et ne surent point que dans un grand nombre de cas elle pouvait exister d'une manière entièrement isolée. *Jonhston*, en 1799, et *Walter*, en 1785, firent cette distinction importante, et plus tard *Bichat*, *Bayle*, *Laennec*, etc., non-seulement confirmèrent cette doctrine, mais encore

démontrèrent que la péritonite, quoique plus fréquente chez les nouvelles accouchées, n'était pas étrangère aux femmes hors de l'état puerpéral, et n'épargnait même pas les sujets de l'autre sexe. Cependant rien n'empêche de dire même aujourd'hui *péritonite puerpérale*, pas plus que *rhumatisme puerpéral, phlegmon puerpéral*, en ce sens que le mot *puerpéral* rappelle les circonstances au milieu desquelles la maladie a pris naissance et dont le médecin doit tenir compte. Par exemple, n'est-il pas évident, même *à priori*, que les nouvelles accouchées sont plus disposées que personne à la péritonite; que cette inflammation, pour peu qu'elle soit intense, supprimera ou diminuera la sécrétion du lait et des lochies ; qu'une femme, épuisée par les efforts d'un accouchement laborieux, ou en proie aux affections morales qui accompagnent si souvent la maternité, tombera facilement dans l'adynamie, etc.? Je puis donc me dispenser de traiter à part de la péritonite puerpérale, et je me contenterai de réunir en un seul tableau raccourci les symptômes les plus saillans de la péritonite aiguë, en rejetant dans une espèce de commentaire tous les détails qui ne pourraient que le surcharger et l'obscurcir.

Symptômes.

Douleur lancinante, continue, fixe, commençant dans un point de l'abdomen, qu'elle envahit rapidement dans toute son étendue, augmentant par la pression et par tous les mouvemens partiels communiqués au péritoine; face grippée; supination; tête élevée sur l'oreiller, cuisses fléchies, bras comme en sentinelle sur les côtés du tronc, pour protéger l'abdomen de toute atteinte; inspiration courte et fréquente; expansion des intestins, voussure et rénitence des parois abdominales; constipation, hoquets, éructations, nausées, vomissemens ; chaleur vive dans l'abdomen ; pouls petit, accéléré.

L'invasion de la péritonite n'est pas toujours la même; lorsqu'il n'y a point de cause immédiate déterminante, mais seulement prédisposition, et que les circonstances sont favorables au développe-

ment de la fièvre, celle-ci peut se manifester d'abord à l'état de simplicité pendant un ou deux jours, plus ou moins, et se compliquer ensuite de l'inflammation évidente du péritoine. La fièvre, dans ce cas, est-elle primitive ou l'effet d'une péritonite latente? « Elle (la « péritonite) ne produit jamais la fièvre sans être douloureuse.... « Lorsqu'elle ne cause aucune douleur il n'y a jamais de fièvre.... « S'il existe un mouvement fébrile, c'est l'effet d'un autre foyer d'ir- « ritation. » (*Broussais.* Phlegm. chron., t. 2, p. 479.) « On ne doit « donc admettre en pareil cas (l'auteur parle de l'état général qui « précéda de vingt-quatre heures la première douleur péritonéale) « l'existence primitive d'une lésion locale annoncée seulement par « des symptômes généraux, que comme un fait possible, mais non « démontré, et l'on est tout aussi fondé à admettre alors un état fé- « brile indépendant de tout état morbide local.... De même qu'une « pareille fièvre précède, par exemple, chez les nouvelles accouchées, « la congestion mammaire et la sécrétion du lait. » (*Andral,* Clin. méd., t. 4, p. 581.) Quelquefois la douleur et la fièvre paraissent ensemble; enfin les symptômes locaux peuvent se manifester les premiers : ces deux derniers modes d'invasion ont surtout lieu quand la péritonite dépend d'une irritation directe.

Quoique la douleur soit ordinairement vive dans l'inflammation des membranes séreuses, on a vu des péritonites graves ne causer de la douleur que sous l'influence de la toux, du vomissement, de la marche, ou d'une forte pression exercée obliquement des lombes vers l'ombilic. Ce défaut de sensibilité tenait à la chronicité de l'inflammation, à un épuisement antérieur, à l'affaissement ou à l'exaltation des facultés cérébrales. La douleur n'est pas toujours fixe et continue de prime abord : ici, comme dans la pleurésie, on l'a vue simuler le rhumatisme vague; lors même qu'elle a pris racine, pour ainsi dire, elle n'est pas tellement constante et uniforme qu'elle n'éprouve par intervalles des exacerbations et des rémissions; bien plus, on a observé la péritonite intermittente. Une autre circonstance qui pourrait induire en erreur, ce sont les douleurs de coliques qui vien-

nent compliquer celles du péritoine : celles-là sont plus profondes, irrégulières, mobiles, souvent accompagnées de borborygmes, de brisure dans les lombes, et permettent au malade de ne pas les confondre avec une autre sensation plus superficielle, qui existe simultanément et continue d'une manière à peu près égale. La sensibilité de l'abdomen est quelquefois si vive, qu'il ne peut supporter le plus léger contact : de là cette position, cette immobilité, cette respiration presque exclusivement intercostale, et cette face grippée, image de la souffrance et du désespoir. Il est permis d'affirmer que l'inspiration et la flexion du tronc en avant peuvent être douloureuses, sans qu'il y ait inflammation du péritoine, qui tapisse le diaphragme et les parois abdominales; parce que dans l'un et dans l'autre de ces mouvemens il y a rétrécissement de la cavité abdominale, et par suite compression et frottement des organes enflammés, et que dans le second il y a de plus tiraillement des viscères abdominaux abandonnés en partie à leur propre poids Avant donc de soutenir qu'il y a péritonite diaphragmatique ou pariétale, il faut être sûr que la douleur déterminée par l'inspiration et par la flexion réside dans le péritoine du diaphragme et des parois antérieures de l'abdomen, et non dans celui qui tapisse les intestins, la surface convexe du foie, la portion de l'estomac contiguë au diaphragme, etc., ce qui n'est pas facile. Quand la péritonite succède à l'engorgement ou à l'inflammation d'un tissu voisin, c'est dans la région même de ce tissu qu'on observe les premières douleurs. Ainsi la péritonite débute souvent à l'hypogastre chez les nouvelles accouchées, chez les personnes opérées de la pierre, de la fistule à l'anus, à l'ombilic, quand elle succède à une entérite, aux lombes, quand elles dépend d'une néphrite, au lieu même de l'étranglement herniaire, de la contusion, de la blessure, quand elle est déterminée par une de ces causes. Tant que la douleur se borne à la région primitivement affectée, il est également difficile de prouver l'existence ou la non-existence de la péritonite, parce qu'une inflammation intense des tissus sous-jacens peut donner lieu à une douleur vive et superficielle, avec ou

sans complication de péritonite locale. Celle-ci ne deviendra manfeste que par son développement ultérieur ou par la nécropsie.

A la douleur superficielle, symptôme le plus important de la péritonite, vient bientôt se joindre la tuméfaction du ventre, que l'on doit attribuer en partie à l'engorgement du péritoine et des tissus environnans, mais surtout à l'expansion des fluides élastiques incarcérés dans le canal intestinal. La tension et la rénitence ne doivent pas être considérables dans la péritonite des nouvelles accouchées. « Dans « le progrès de la maladie (fièvre puerpérale) le ventre se gonfle, « mais sans tension. » (*Doublet*, nouv. Rech. sur la fièv. puerp., p. 6.) En effet, il faudrait une tympanite extrême ou une érection inflammatoire prodigieuse pour faire disparaître entièrement cette laxité qu'on remarque à la suite des couches. Du reste, pour bien apprécier l'observation de *Doublet*, il ne faut pas perdre de vue le traitement qu'il mettait en usage. « M. *Devergie* pose en thèse gé- « nérale que toutes les fois qu'une phlegmasie affecte une mem- « brane soit séreuse, soit muqueuse, et que cette membrane est ta- « pissée par un plan musculaire appartenant ou à la vie organique « ou à la vie animale; elle communique à ce plan un degré d'irrita- « tion qui est en raison de l'intensité de la phlegmasie de la mem- « brane elle-même, ce qui occasionne une contraction organique « des fibres musculaires, les rend plus dense, les raccourcit sensi- « blement, les empêche de s'étendre, si elles sont disposées en plan, « et produit le rétrécissement des canaux, si elles sont circulaires. « Si donc il existe une péritonite circonscrite, on observe, outre une « légère augmentation du volume du ventre, une résistance très- « manifeste à la pression, qui ne permet pas aux parois de céder lo- « calement, mais produit leur dépression à la manière d'une toile « tendue, dans un espace plus ou moins grand. Il est possible de « reconnaître, par ce moyen, jusqu'à l'étendue de l'inflammation : « la peau cède et glisse sur la portion ainsi contractée. » (*Rostan*, Cours de méd. clin., t. 2, p. 527.) En effet, qu'on irrite le péritoine ou la membrane muqueuse, l'intestin se contracte. Si donc l'abdo-

men est contracté d'abord dans l'entérite aiguë, telle que *Pinel* l'a décrite, je pense qu'il en est de même au commencement de la péritonite, quoiqu'il n'en dise rien. M. *Broussais* a vu des sujets forts et vigoureux atteints de péritonite, dont l'abdomen ne présentait nullement cette intumescence, que l'on regarde comme pathognomonique. Mais comment concilier ces faits avec la tympanite, qu'on observe jusque dans les péritonites générales, alors que la contraction simultanée de tout le canal intestinal, d'après l'hypothèse, devrait produire un phénomène diamétralement opposé, comme dans la colique saturnine? C'est que la contractilité s'épuise tôt ou tard, en raison de la douleur, de l'engorgement, de la faiblesse organique, de la quantité des fluides aériformes; et alors à la tuméfaction produite par les liquides vient se joindre la distension causée par les gaz. Ainsi, d'un côté, rétrécissement du conduit intestinal, espèce de spasme tonique bien différent de ce mouvement ondulatoire qui favorise les déjections alvines; de l'autre, atonie consécutive plus ou moins étendue, et, de plus, en certains cas, peut-être, spasme de l'anus et du rectum, dont la partie inférieure, éloignée du siége de l'inflammation, conserve encore son énergie, stase de matières endurcies: ajoutez à cela une dérivation considérable des fluides sur le péritoine, et vous aurez une explication suffisante de la constipation, qui accompagne presque toujours la péritonite. Tout en admettant, avec M. *Devergie*, la contraction des muscles dans l'inflammation commençante des membranes qui leur sont contiguës, je crois que la turgescence inflammatoire de ces membranes et du tissu cellulaire juxtaposé contribue à produire la sensation de *toile tendue* qui l'a frappé. Ce phénomène fait naître l'idée d'une inflammation étendue en nappe, pour ainsi dire, par conséquent pouvant avoir son siége dans une membrane. Mais il ne faut pas perdre de vue les différentes couches membraniformes des parois de l'abdomen, qui sont, aussi bien que le péritoine, susceptibles d'inflammation.

L'analogie et l'expérience démontrent que le hoquet et le vomissement, si communs dans la péritonite, peuvent exister sans inflam-

mation de l'estomac et du diaphragme. Il est de la plus grande importance de distinguer les mouvemens purement sympathiques avec ou sans inflammation d'un organe voisin, de ceux qui sont uniquement ou principalement déterminés par la présence de corps étrangers dans l'estomac. C'est dans ce dernier cas qu'il est vrai de dire : *vomitus vomitu curatur ;* tandis que, dans l'autre, la méthode évacuante est le plus souvent dangereuse. L'émétique, administré intempestivement, pourrait déterminer la péritonite, comme l'a constaté M. *Broussais*.

La situation du médecin devient embarrassante, lorsqu'il existe à la fois inflammation du péritoine et ce qu'on appelle *embarras gastrique* bien manifeste. Il s'agira de déterminer, selon la circonstance, si l'expulsion brusque, mais douloureuse, des produits morbides aura moins d'inconvéniens que l'irritation continuelle déterminée par leur contact prolongé et par leur passage dans les cavités vasculaires, d'après *Stoll* et les humoristes en général. Si l'embarras gastrique est postérieur à la péritonite, et que celle-ci soit bien caractérisée, la prudence exige de se borner aux laxatifs.

Entre autres explications de l'embarras gastrique, si commun dans les maladies aiguës, n'en pourrait-on pas trouver une assez spécieuse dans les rapports du foie avec les viscères de l'abdomen, par l'intermédiaire de la veine-porte? Cette glande énorme est, pour ainsi dire, l'aboutissant des congestions abdominales : de là cette turgescence de la bile, pour me servir de l'expression vulgaire, et son irruption sur les surfaces muqueuses supérieures d'abord, puis sur les inférieures. On peut se rendre compte des succès attribués à la méthode vomitive, mise en usage par *Doulcet* et *Doublet*, dans le traitement des fièvres puerpérales. Ce moyen, employé dès le début et répété pendant les premiers jours, suivant l'indication réelle ou présumée, dégorgeait les vaisseaux du foie, facilitait l'absorption du sang veineux abdominal, et prévenait l'encombrement du système vasculaire du péritone.

Il était superflu de noter dans le tableau l'état général du système capillaire, sous le rapport de la circulation, des sécrétions et de la

chaleur. En effet, tout cela ne doit-il pas varier plus ou moins selon le tempérament, l'état de l'atmosphère, le degré de l'inflammation, la nature des complications, etc.? Néanmoins nous avons signalé la constipation, parce qu'elle contribue puissamment à faire présumer que la phlegmasie attaque uniquement ou principalement la tunique séreuse du conduit intestinal. Quant à la petitesse et à l'accélération du pouls, nous n'en faisons pas non plus un signe propre et invariable. La petitesse du pouls indique la vacuité du système de la circulation, ou une dérivation considérable loin de l'artère que l'on explore, ou la faiblesse du cœur, ou toutes ces conditions réunies en proportions diverses. Or, des trois cavités splanchniques, l'abdomen est celle qui présente au sang les retraites les plus profondes et les plus spacieuses, et la douleur est une cause puissante d'énervation et d'oppression.

La péritonite aiguë se juge ordinairement en dix jours plus ou moins. Le malade peut succomber rapidement à la violence des douleurs qui enchaînent la respiration, la circulation, et détruisent l'innervation : ceci a surtout lieu dans cette espèce de péritonite foudroyante causée par une irruption de bile, de matières fécales, etc., sur le péritoine. La résolution s'annonce comme dans la plupart des maladies aiguës. Je n'ai lu aucune observation de gangrène étendue; quant à la gangrène partielle, elle ne donne aucun signe spécial de sa présence. Enfin la péritonite se termine souvent par épanchement; les symptômes généraux perdent de leur intensité; le ventre est peu ou point douloureux à la pression; cette espèce d'amélioration n'a coïncidé avec aucune crise extérieure évidente; l'abdomen présente, selon les cas, de la fluctuation, de la matité, de l'empâtement; les sécrétions tardent à reprendre leur type habituel. La résorption s'opère à la longue, et les forces renaissent; ou la maladie passe à l'état chronique avec ou sans diminution de l'épanchement; les douleurs et les vomissemens reparaissent de loin en loin, à l'occasion d'un refroidissement, d'un écart de régime; si l'épanchement est de mauvaise nature, si le péritoine est infiltré, macéré, désorganisé, on remarque bientôt les phénomènes de la fièvre hectique. Quand la

résorption des liquides est opérée, on peut sentir à travers les parois abdominales les intestins agglomérés et collés ensemble ; d'autres fois les parois abdominales sont déprimées, appliquées sur les intestins, et ne formant avec eux qu'une masse pâteuse ou endurcie. Enfin on cite des péritonites guéries, à une époque très-avancée, par l'issue spontanée ou artificielle des produits morbides à travers les parois de l'abdomen ou des intestins, à la faveur d'une ponction, d'une incision, d'une ulcération, d'un abcès.

Diagnostic.

Que la péritonite soit accompagnée ou suivie de pleurésie, de péricardite, de méningite, ou de toute autre inflammation située à quelque distance de l'abdomen, je ne vois pas que le diagnostic en soit plus difficile. Observons néanmoins, à l'occasion de la méningite, que l'exaltation et l'affaissement des facultés intellectuelles peuvent amortir la sensibilité de l'abdomen. Dans ce cas, si l'exploration de l'abdomen à l'aide de la pression, de la percussion, etc., ne donne aucun résultat, et qu'on ignore les circonstances commémoratives, la péritonite est pour le médecin comme si elle n'existait pas Quant aux inflammations cutanées, cellulaires, aponévrotiques, musculaires, veineuses, lymphatiques, largement étendues sur les parois abdominales, elles peuvent associer leur douleur à celle du péritoine, échapper au diagnostic d'un médecin inattentif, et augmenter à ses yeux l'intensité de la péritonite. Cette inadvertance ne peut avoir lieu que dans le cas de péritonite manifeste ; car s'il n'y a ni nausées, ni météorisme, ni gêne considérable de la respiration, etc., le médecin sera nécessairement conduit à examiner avec soin le siége précis de cette douleur superficielle, et alors il ne sera point exposé à prendre un zona, une phlébite, un phlegmon, etc., pour une inflammation du péritoine. Mais jusqu'à quel point un rhumatisme musculaire ou aponévrotique pourra-t-il se distinguer d'une péritonite bornée à la face antérieure de l'abdomen, si toutefois elle par-

court ses périodes sans déterminer le mouvement antipéristaltique et les autres phénomènes ordinaires de l'inflammation péritonéale?

Quand la péritonite est compliquée de métrite, de phlébite utérine, d'hépatite, de néphrite, de cystite, celles-ci ont le plus ordinairement paru les premières. Si donc aux symptômes locaux et généraux de ces phlegmasies se joint une douleur vive, superficielle, on peut croire que l'inflammation a gagné la portion correspondante du péritoine, et agir en conséquence, sans attendre que l'extension du mal ait confirmé le diagnostic. J'en dirai autant des inflammations parenchymateuses situées dans le voisinage des reins, des psoas, du rectum, etc., maladies d'ailleurs fort obscures, surtout à leur origine.

L'expérience a aussi démontré que la gastro-entérite précède ordinairement l'inflammation du péritoine, quand cette complication a lieu, ce qui est rare, comme l'a bien remarqué M. *Andral.* Tous les symptômes réunis de la gastrite aiguë n'excluent point l'idée d'une péritonite siégeant à l'épigastre, quand la région supérieure de l'abdomen est gonflée, tendue, brûlante et très-sensible à la pression. J'en dirai autant des entérites et des gastro-entérites violentes, quand elles sont accompagnées de ces derniers phénomènes.

« D'abord vomissemens excessifs, et évacuations douloureuses et « pénibles par les selles; douleurs violentes, et distension de l'ab- « domen et des intestins; cardialgie; pouls vif, et quelquefois inégal « et concentré; ardeur, anxiétés extrêmes, etc. » (Nosog. philosoph., tom. 1, pag. 54.) N'est-on pas tenté de voir une gastro-entéro-péritonite dans cette description du choléra-morbus? Qui nous empêche d'admettre en théorie l'existence d'une péritonite ébauchée, pour ainsi dire, dans le début des gastrites et des gastro-entérites aiguës, lorsqu'il y a tension de l'abdomen et sensibilité vive à la pression? Est-il étonnant qu'une phlegmasie à peine dessinée s'efface rapidement, et ne laisse aucune trace après elle, quand dès l'origine il s'établit des évacuations abondantes, quand tous les efforts organiques se concentrent sur la surface interne du conduit intestinal. Mais si

à ces évacuations succède tout à coup l'état contraire, avec persévérance de la fièvre et des phénomènes d'inflammation intestinale, ou si dès le début ces phénomènes existent sans aucun signe d'évacuation prochaine, on doit tout craindre pour le péritoine. Quant aux gastrites et aux entérites vulgaires, regardées autrefois comme des fièvres essentielles, elles ne peuvent guère simuler la péritonite. En un mot, je croirais que la péritonite prédomine, ou même que les membranes muqueuses sont exemptes d'inflammation, lorsque la langue est humide, pâle ou de couleur ordinaire, et la soif peu considérable eu égard aux douleurs abdominales; quand les boissons ingérées dans l'estomac ne déterminent point immédiatement une douleur sensible; quand le hoquet et le vomissement ont été précédés de deux ou trois jours par une douleur située dans un point plus ou moins éloigné, et qui ensuite s'est propagée sur une large surface; quand les potions ou lavemens laxatifs ne produisent ni tranchées, ni épreintes, ni ténesmes; quand il y a constipation; mais si, outre les symptômes locaux de la péritonite, j'observe une rougeur vive de la bouche et du pharynx, une soif ardente, des vomissemens opiniâtres, des déjections alvines fréquentes, douloureuses, je croirai à l'inflammation simultanée des membranes muqueuses et séreuses du canal intestinal.

Gardons nous de prendre légèrement pour des signes de gastro-entérite consécutive les évacuations spontanées ou provoquées et suivies d'amélioration notable. Dans un grand nombre de péritonites, n'est-on pas fondé à croire que la membrane muqueuse gastro-intestinale, loin d'être enflammée, se trouve dans un état inverse; et si ce n'étaient les contractions et les secousses inséparables de la méthode évacuante de premières voies, celle-ci serait une des plus sûres et des plus expéditives pour alléger et résoudre l'inflammation du péritoine. Comme moyen prophylactique, on ne saurait en contester les avantages. Avec quel soin ne doit-on pas éviter la constipation à la suite des couches, entretenir à un degré modéré les sécrétions intestinales, à cause du rapport intime qui existe entre les vaisseaux

de l'utérus, du péritoine et de la membrane muqueuse des intestins.

Tout en admettant la gastro-péritonite, l'entéro-péritonite, la métro-péritonite, n'oublions pas les noms surannés peut-être d'*embarras gastro-intestinal*, de *flèvre bilieuse*, *bilioso-muqueuse*, etc., parce que ces groupes de symptômes peuvent compliquer toutes nos inflammations réelles ou présumées, éphémères ou ténaces, et rappellent des faits pratiques de la plus haute importance. Qu'était-ce que cette gastro-péritonite fugace et peut-être imaginaire, citée plus haut, et que serait-elle devenue si, au lieu d'évacuer les produits morbides, on avait insisté sur les saignées, les révulsifs, les calmans.

Causes.

Les causes directes de la péritonite sont les chocs violens et les plaies pénétrantes de l'abdomen, les épanchemens de bile, d'urine, de sang, de pus, de matières fécales, les hernies étranglées, en un mot tous les irritans chimiques ou mécaniques agissant sur le péritoine. La plupart de ces causes sont du ressort de la chirurgie : j'y renvoie pour le traitement et pour le diagnostic, afin d'abréger. Je ne puis pas non plus énumérer les causes générales sans tomber dans les lieux communs de l'étiologie. Nous avons déjà parlé des péritonites consécutives à d'autres inflammations par continuité de tissu. Pour ce qui est de la prédisposition à cette phlegmasie, elle est évidente dans l'état puerpéral, admissible dans l'habitude des fièvres intermittentes, dans l'exercice des professions où l'abdomen est fréquemment pressé, dans l'abus des chaufferettes, en tant qu'elles rendent l'abdomen impressionnable au froid. Je n'examinerai point, avec les humoristes, si certaines substances introduites ou formées dans l'organisme auraient la propriété de se fixer sur le péritoine en raison d'une affinité particulière, ou par suite de répercussion ou de révulsion. Dynamiste ou humoriste, on peut bien admettre pour le péritoine les métastases rhumatismales, dartreuses, laiteuses, etc. ; l'un

y verra des irritations spéciales, et l'autre des irritans spéciaux. Si plusieurs principes immédiats des sécrétions peuvent dévier de leur direction naturelle; si même il s'en forme d'insolites, comme on ne saurait en douter, est-il donc si ridicule de croire à la métastase des principes du lait, sauf à les démontrer au moyen de l'analyse, comme on l'a fait dernièrement, ou de dire avec *Doublet* qu'ils sont devenus méconnaissables? *Multa renascentur quæ jam cecidêre.* Mais à quoi servirait au médecin de connaître la nature, je dirais presque la composition chimique d'une inflammation, s'il ne possède pas un moyen spécial pour en neutraliser ou expulser les élémens? Or, connaît-on un seul moyen qui agisse d'une manière spéciale sur l'inflammation du péritoine? Nous sommes donc réduits aux seules armes de la méthode antiphlogistique.

Traitement.

Le malade sera couché horizontalement sur le dos, la tête médiocrement élevée sur des oreillers, les cuisses et les jambes maintenues dans la flexion, l'abdomen défendu de toute pression pénible; on interdira l'exercice fatiguant de la parole; du reste, l'instinct organique servira de guide à cet égard. Si l'on juge que les contractions musculaires, à l'occasion des liquides introduits en boissons ou en lavement, surpassent, par l'irritation qu'ils produisent, l'effet ordinairement salutaire de ces liquides dans les phlegmasies aiguës, il faudra s'en abstenir ou en modérer l'usage. Il est assez rare que l'irritabilité soit portée au point de ne souffrir le contact d'aucun liquide émollient même en petite quantité. En tout cas, il reste encore la ressource des potions antispasmodiques, antiémétiques, des fruits acidules portés à la bouche pour tromper la soif, des fomentations émollientes sur l'abdomen, et même des cataplasmes, à moins qu'ils ne gênent par la pression qu'ils déterminent. Un moyen plus efficace encore, comme émollient, est le bain tiède, administré de manière à ne produire ni secousse, ni refroidissement, prolongé autant que

le permettent les forces du malade, et réitéré si l'on en recueille de bons effets. Les bains de vapeurs aqueuses, au lit même du malade, sont plus faciles à employer, et peuvent l'emporter sur les bains liquides, quand la péritonite a été déterminée par l'impression du froid et qu'elle est encore à son début.

L'expérience prouve que des péritonites assez graves, du moins en apparence, se guérissent sous l'influence de ces moyens ; mais si la maladie augmente, malgré leur emploi, ou si elle s'est manifestée à son origine par des phénomènes d'une inflammation intense, si elle dépend d'une violence extérieure, etc., la saignée est indispensable. Le nombre et l'abondance des saignées doivent varier selon une foule de circonstances qu'il est inutile de signaler. Rappelons seulement que, toutes choses égales d'ailleurs, les phlegmasies de cet ordre réclament plus impérieusement le traitement antiphlogistique, parce que leur terminaison par épanchement constitue une seconde maladie presque toujours de longue durée et souvent mortelle ; tandis que les phlegmasies des membranes muqueuses et de la peau se jugent ordinairement par des évacuations dont les produits sont facilement isolés de l'économie animale. Il est des praticiens qui préfèrent ou qui joignent à la phlébotomie les applications de sangsues sur l'abdomen. Objectera-t-on que, par l'emploi de ce moyen, on expose le malade au refroidissement, qu'un grand nombre de sangsues appliquées à la fois causent une pression douloureuse, que la densité des aponévroses et l'épaisseur du tissu adipeux, chez certains sujets, s'opposant à l'action attractive des sangsues, la quantité de l'évacuation reste inférieure à la fluxion ; que la douleur causée par les piqûres, principalement quand le sujet est irritable, réagit sur celle du péritoine et entretient le mal au lieu de le diminuer ? Il résulte de l'examen de ces objections que le moyen pour être utile exige les précautions qu'elles signalent. Je crois devoir placer ici le précepte si connu de l'application des sangsues à l'anus, à la vulve, quand la péritonite est accompagnée de la suppression primitive ou consécutive des hémorrhoïdes, des menstrues, des lochies. Si l'on

avait réellement pour but de rappeler une hémorrhagie, comme l'énoncé du précepte semble l'indiquer, on devrait, pour être conséquent avec soi-même, employer les sangsues à dose révulsive pour ainsi dire, au nombre de deux ou de quatre. Mais de deux choses l'une : ou le défaut découlement tient à un excès de turgescence sanguine du rectum et de la matrice, et alors un petit nombre de sangsues ne servirait qu'à augmenter cette turgescence ; ou bien il tient à l'affaissement, à l'anémie de ces organes, par suite du raptus inflammatoire dont le péritoine est devenu le siége : or, de quel poids peuvent être deux sangsues pour contrebalancer une attraction pareille? Ainsi je pense qu'il faut les employer en grand nombre, et dès-lors on a réellement pour but, non le retour d'une hémorragie, mais la déplétion du système capillaire abdominal par continuité du tissu.

Si le bain froid est d'une efficacité merveilleuse pour opérer une répercussion vers l'intérieur, ne doit-il pas, dans le cas d'iflammation interne, concentrer encore d'avantage cette inflammation sur l'organe qu'elle occupe déjà? Sans doute on peut espérer quelquefois une réaction salutaire vers la périphérie; mais toujours est-il que ce moyen est dangereux, et qu'il faut s'en abstenir. Ce n'est pas à dire que l'on doive exclure les réfrigérans du traitement des maladies aiguës? Qui ne sait qu'il faut entretenir une température douce autour du malade, recourir à la ventilation, à l'arrosement dans les saisons chaudes, modérer le sentiment de la soif par des boissons acidules, etc.; mais qui ne sait aussi que la chaleur n'est qu'un des symptômes de l'excitation, et que souvent cette dernière cède plus facilement et plus sûrement à une température moyenne graduellement abaissée qu'à une température froide instantanée ou continue? *Inter utrumque tene.*

M. *Broussais* proscrit le vomitif du traitement de la péritonite « à « moins que son action irritante immédiate ne soit avantageusement « compensée par quelque autre manière d'agir très-évidemment utile. » (Phlegm. chron., t. 2, p. 520.) Or, si l'embarras gastrique est ma-

nifeste, s'il est le symptôme primitif de la maladie, si la péritonite est encore à son début et semble dépendre de l'état des premières voies, si dans des affections antérieures le malade s'est bien trouvé de ce genre d'évacuation, etc., n'ai-je pas droit d'espérer cette compensation avantageuse, surtout si j'emploie le vomitif immédiatement après une saignée copieuse non suivie de succès? Mais combien ne faut-il pas d'attention, de s'agacité, d'expérience pour disinguer la voie qui mène le plus directement au but de celle qui conduit au précipice? Les purgatifs ne sont pas, à beaucoup, près aussi dangereux. M. *Broussais* reconnaît que le développement des gaz concourt pour beaucoup à rendre l'abdomen sensible à la pression, que la surabondance des matières stercorales tend à faire naître dans les fibres musculaires des intestins un mouvement qui n'est propre qu'à exaspérer les symptômes de la péritonite aiguë. On peut ajouter que la persévérance de la constipation, jointe à la non-sécrétion du lait, des lochies, etc., contribue merveilleusement à fomenter le malaise général et l'encombrement du péritoine : cependant il dit, à la p. 413 : « Les purgatifs seraient donc presque aussi pernicieux que « les vomitifs dans cette maladie. »

Que dit l'expérience? « J'ai vu bien souvent en pareil cas les « symptômes s'amender d'une manière notable après l'adminis- « tration d'une demi-once à une once d'huile de ricin. Le météo- « risme, la tension du ventre diminuent; le vomissement, l'un des ac- « cidens les plus pénibles de la péritonite, ne cède souvent qu'a- « près qu'un purgatif a procuré quelques selles. (» *Andral*, clin. méd., t. 4, p. 570.) « Un homme de 35 ans souffrait depuis cinq jours de « violentes douleurs de ventre; cette région était extraordinairement « gonflée, dure et très-sensible au toucher; la respiration laborieuse, « le pouls insensible, la face bleue et les extrémités froides; il rejetait « tout ce qu'il prenait, et depuis cinq jours il n'avait pas eu de « selles. » Le médecin diagnostique une inflammation des intestins occasionée par des boissons froides, que le sujet avait avalées pendant qu'il prenait un bain de vapeur. Saignée large, fomentations

émollientes, lavemens de même nature, calomel avec la poudre de jalap et la jusquiame, tout fut inutile. Alors une dragme de poivre noir en poudre très-fine, combinée avec égale quantité de pain desséché et de sirop, fut administrée à la dose de quinze grains toutes les heures. Au bout de quatre heures le malade commença à rendre beaucoup de vents par haut et par bas, précurseurs de selles abondantes, qui firent promptement disparaître tous les accidens. (*Bigel*, exam. de l'homéop., tom. 3, p. 68.

Une femme de vingt-cinq ans, d'une constitution délicate, nourrice d'un enfant de trois mois, s'étant refroidie, est prise de la fièvre. Douleurs violentes de la tête et des membres, suivies bientôt de coliques, avec constipation. Plusieurs lavemens émolliens sont administrés et retenus. Aggravation du mal : les fomentations de même nature ne produisent aucun effet. Les mamelles, naguère remplies de lait, sont affaissées : augmentation de tous les accidens. « Rougeur de la face, « chaleur générale, soif vive, mauvaise bouche; la tête fait beaucoup « de mal, mais le ventre en fait davantage encore : il refuse le moindre contact; il est gonflé par des vents, à l'instar de la tympanite; la « constipation dure depuis quatre jours; les reins en sont très-douloureux, la fièvre forte; la malade est inquiète, impatiente, emportée « contre la douleur, malgré la douceur de son caractère; les urines « sont rares et brûlantes. Tous ces maux redoublent le soir et la nuit, « qui se termine par une sueur générale, à laquelle les accidens semblent céder un peu. » Le suc de camomille est administré à la dose millionnième. Six heures après, deux selles abondantes; plus de tension ni de coliques. Dans la nuit, nouvelles évacuations, nouveau soulagement. Le lendemain, la malade allaitait son enfant. La constipation tendant à se rétablir, une dose de la teinture de noix vomique ramène la liberté du ventre, et la guérison est opérée en trois jours. (*Ibid.* t. 2, p. 105.) Peu importe, pour le moment, que le docteur *Bigel* attribue la guérison de ces deux maladies à la vertu homéopathique de la camomille et du poivre. Sans outrager l'homéopathie, dont la pratique ne s'est jamais offerte à mes regards, il me semble que

l'huile de ricin, substituée à la camomille, aurait pu conquérir les honneurs du triomphe. Sans manquer de respect à la phlébotomie et à la sanguisuccion, il est permis de croire qu'elles étaient au moins superflues, puisqu'il devait se manifester une crise salutaire. Quant à la première observation, l'état actuel du malade contr'indiquait la saignée ; du moins le fait prouve qu'il existait un moyen plus expéditif. Peut-être, malgré l'évidence des symptômes, niera-t-on l'existence de la péritonite dans ces deux cas, comme si cette inflammation devait toujours se terminer par exsudation séreuse, plastique, purulente, etc., et ne pouvait pas se borner à une simple injection capillaire, comme ces exanthèmes fugaces qui viennent briller pendant quelques jours sur la peau et s'éteignent spontanément, ou disparaissent sous l'influence d'un émétique, d'un purgatif, etc.

A quoi se réduisent la plupart des cures miraculeuses attribuées tantôt à la saignée, tantôt aux purgatifs ? Était-on sûr, en agissant dès le début, que la péritonite, abandonnée à la médecine expectante, ne se serait pas terminée d'une manière aussi favorable? D'ailleurs, cette péritonite commençante était-elle assez caractérisée pour ne laisser aucun doute sur le diagnostic ? Mais si la péritonite se confirme en dépit des saignées répétées et des évacuans prodigués à outrance, le médecin pourra se reprocher d'avoir été plus nuisible qu'utile, en voulant trop heurter de front la marche spontanée de la nature. Telle inflammation s'opiniâtre, pour ainsi dire, malgré les saignées fréquentes, et peut-être à cause de cette fréquence même ; telle autre ne commence à céder qu'après huit saignées. Or, qui me prouvera qu'une évacuation moins abondante, mais pratiquée plus tard, alors que le tissu s'était habitué en quelque sorte au stimulus inflammatoire, et que la maladie touchait à son plus haut période, n'aurait pas produit un effet encore plus avantageux, en épargnant au malade les inconvéniens inséparables de ce qu'on appelle *traitement antiphlogistique énergique ?* Hors donc les cas de péritonites suraiguës, dépendant surtout d'une cause externe, et précédant le mouvement fébrile, il faut observer avec soin la période d'accroissement de l'inflammation,

placer les saignées générales et locales le plus près possible de la fin de ce période, si l'indication s'en présente, et, quand les symptômes locaux et généraux se seront améliorés sensiblement, profiter de la rémission, pour favoriser les évacuations naturelles dans l'ordre même qu'indiquera la nature. C'est alors qu'on voit si bien réussir les laxatifs; dans le cas d'embarras intestinal, les diaphorétiques légers, lorsqu'il y a tendance à la sueur; quelquefois l'usage alterné de ces deux méthodes, quand la nature semble flotter entre les deux surfaces sécrétoires. Alors aussi la succion des mamelles, moyen si peu énergique par lui-même, peut concourir avantageusement à rétablir la sécrétion du lait.

Lorsque la péritonite est peu aiguë, quand le sujet est lymphatique, s'il a perdu beaucoup de sang par les saignées ou par les hémorrhagies, s'il y a prostration imminente, etc., on peut substituer les frictions mercurielles aux saignées, sans préjudice des autres moyens thérapeutiques compatibles avec ce genre de médication. Je n'ai pas été à même de bien apprécier l'utilité de ce moyen, dont on peut sans doute retirer des avantages, comme on l'a prétendu, aussi bien que des vésicatoires, vantés par les uns et décriés par les autres.

En attendant que l'empirisme ait augmenté le nombre des spécifiques, nous serons réduits, dans le traitement de la péritonite aiguë, à donner au malade la situation la moins pénible; à lui recommander le repos du corps et de l'âme; à calmer les mouvemens inopportuns de l'estomac par des potions antispasmodiques; à modérer la tension par les émolliens, la chaleur et la soif par des rafraîchissans; à diminuer la turgescecence sanguine générale et locale au moyen de la lancette et des sangsues, à débarrasser le conduit intestinal de la bile, des gaz, des matières stercorales, etc.; à observer les efforts critiques de la nature, et à les seconder conformément aux préceptes de l'École d'*Hippocrate*.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Circà puris generationes, dolores et febres magis accidunt, quàm ipso facto. *Sect.* 2, *aph.* 47.

III.

Febricitanti sudor superveniens, febre non remittente, malum. Prolongatur enim morbus, et copiosiorem humiditatem indicat. *Sect.* 4, *aph.* 56.

IV.

Purgandum in valdè acutis si turgeat materia, eâdem die : morari enim in talibus malum est. *Ibid.*, *aph.* 10.

V.

Concocta purgare et movere oportet, non cruda, neque in principiis, nisi turgeant. Plurima verò non turgent. *Sect.* 1, *aph.* 22.

VI.

Quæ ducere oportet, quò maximè vergunt, eò ducenda, per loca convenientia. *Ibid.*, *aph.* 21.